




Diagnostik och bedömning  
- att kunna litet psykiatri är inte helt fel



### Har vi ett problem?

- 3.8 % av befolkningen (20-65 år) i Stockholm bedöms uppfylla kriterierna enligt DSM-IV för ett psykiatriskt syndrom
- 4-5 % vårdas inom psykiatri i Stockholm under ett år
- 20% får ångestsjukdom
- 45% av kvinnorna får depression
- 5-7% har depression just nu
- 18% av männen missbrukar alkohol
- 6% av kvinnorna missbrukar alkohol
- 1% får psykotisk sjukdom

### Ung idag - självmord


- 7-8 % av alla flickor och 2-3 % av alla pojkar 16 år gamla har försökt ta livet av sig.
- 10 % av flickorna på gymnasiets vårdlinje har försökt ta livet av sig.
- Självmord är den vanligaste dödsorsaken hos pojkar 15-24 år och den näst vanligaste hos flickor 15-24 år.

### Psykisk ohälsa hos unga har fördubblats eller trefaldigats de senaste 20-30 åren

Två huvudförklaringar:


1. Svårare att komma in på **arbetsmarknaden**.
2. Den ökade **individualismen och valfriheten** upplevs stressande (försörjning, partner, vänner, religion, kön...).

*Sven Bremberg, statens utredare, docent vid Statens folkhälsoinstitut*



66

### En diagnos



- Det finns en **förklaring**
- Ett namn och en kontext
- Respekt för sina egna upplevelser
- **Självkänsla** (inte en moralisk defekt)
- **Acceptans** från anhöriga
- **Kunskapsinhämtning**
- **Kontakt med andra**, t ex patient- eller anhörigförening
- Ett avstamp
- **Praktiskt stöd enligt LSS**
- Ev. **läkemedelsbehandling eller psykoterapi**




### Hur märker man att någon är psykiskt sjuk?



Svar: det märker man ofta inte alls!

## Psykiatrisk undersökning

1. Vad **patienten** berättar, "autoanamnes"
2. Vad **andra** berättar, "anhöriganamnes"
3. Patientens **framtoning och beteende**, "psykiisk status"
  - Det vi direkt kan se
  - Sättet att relatera till andra

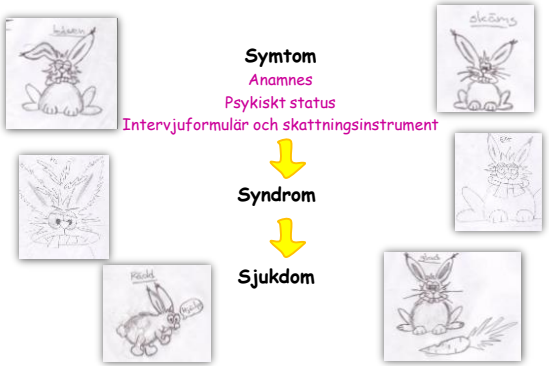




## Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

Symtom  
Anamnes  
Psykiisk status  
Intervjuformulär och skattningsinstrument




Syndrom

Sjukdom



## Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

1. Symtom
  - **Anamnes**
    - Vad patienten berättar
    - Vad andra berättar
    - Involvera gärna **anhöriga** för kompletterande uppgifter, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, eventuella självmordsmeddelanden och tidigare hypomani
    - Journalen
    - Social situation, stöd, nätverk
  - **Psykiisk status**
    - Det vi direkt kan se
    - Patientens framtoning och beteende
    - Sättet att relatera till andra
  - **Intervjuformulär och skattningsinstrument**
2. Syndrom
  - Jämför aktuella symtom och statusfynd med kriterielistor enligt DSM IV/ICD 10
  - Värdera lidande och funktionsinskränkning
3. Sjukdom
  - Aktuellt syndrom/episod och ev tidigare episoder vägs samman

## Att förstå psykisk sjukdom

DSM diagnostisk och statistisk manual

**Axel I:** Kliniska syndrom

**Axel II:** Personlighetsstörningar, mental retardation

**Axel III:** Kroppslig sjukdom/skada som bidrar till symtombilden


**Axel IV:** Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter

**Axel V:** Global funktionsförmåga (GAF)



## Anamnes - vad behöver vi veta?

- Sjuklighet i släkten.
- Barndom och uppväxt.
- Vuxenlivet.
- Resurser och adaptiv förmåga.
- Social situation (stöd, familj, nätverk).
- **Nuvarande symtom och förlopp, inkl suicidalitet och aggressivitet.**
- **Varför söker patienten just nu?**
- **Lidande och funktionspåverkan.**
- Tidigare sjukdomsskov och behandling.
- Tidigare suicidalitet.
- Tidigare aggressivitet.
- Kroppslig sjukdom.
- Eventuellt missbruk.
- Aktuell och tidigare medicinering.
- Samspelet mellan patient och intervjuare.



## Vad vill vi veta?

1. Vem är patienten?
2. Har hon kontakt med vården nu, **någon att vända sig till?**
3. Har hon fått någon **diagnos**? Tidigare sjukhistoria?
4. Hur mår hon **just nu**?
5. Vad är det som gör att hon **ringer just nu**? Har något hänt?
6. Vad är **det värsta** som skulle kunna hända nu? Vilken är hennes största rädsla/farhåga?

### Vad vill vi veta?

7. Vad har hon **själv försökt göra** för att må bättre?
8. **Vad vill hon själv ha nu** - förståelse och tröst, någon att samtala med, goda råd, hembesök, kontakt med akutmottagning eller öppenvård, inläggning?
9. **Vilket stöd har hon runt omkring sig?** Anhöriga, vänner, nätverk?
10. **Finns det en suicidrisk?** Hur stor?
11. **Anhöriga/närståendes uppfattning** om situationen.
12. **Är patienten positiv till tidigare vård och det du föreslår?**

### Det viktigaste

1. Samtalet är ofta patientens **första kontakt** med psykiatri och formar hennes bild av psykiatri.
2. Samtalet är en **del av behandlingen**.
3. **"Play it safe!"**
  - Vi ska inte gissa vad patienten troligast lider av utan se till att patienten får rätt omhändertagande utan risk.
  - **Låt inte uttalade eller uttalade förväntningar påverka dig** (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", avhålla patienterna från att besöka vården).
  - Glöm aldrig att värdera suicidrisken (även om patienten inget säger).
4. **Får du inte hyggligt god kontakt med patienten faller hela bedömningen.**
  - En patient som inte upplever att du bryr dig - på riktigt - kommer inte att få ut eller göra något av samtalet.
  - Iiskna och otrevliga patienter har högre självmordsrisk.

### Det viktigaste

5. Vid osäkerhet - **fråga om det finns någon mer du kan få prata med.**
6. **Involvera patienten!**
  - Summera det som framkommit och förmedla din bedömning till patienten.
  - Fråga om du förstått rätt.
  - Fråga vad patienten själv tycker vore det bästa att göra nu.
7. **Föreslå**, utifrån utfallet av punkt 6, vad du tycker vore den bästa hanteringen och **fråga** patienten vad hon tycker om detta förslag.
8. Om inte, **fråga ånyo** vad patienten föreslår och försök hitta den bästa möjliga **kompromiss** som patienten samtycker till.
9. **Gör en överenskommelse med patienten!**
10. **Tacka för samtalet och hälsa välkommen åter.**

### När behöver patienten läggas in?

1. Svårt lidande, **omänsklig situation** att befinna sig i.
2. **Hög självmordsrisk** (hur hög?).
3. **Svårbedömd självmordsrisk?**
4. Risk för våld mot annan, dvs **"farlighet"**.
5. Funktionssvikt, **klarar sig inte i boendet.**
  - Får ställas i relation till det stöd patienten har från familj, anhöriga, psykiatri, hemtjänsten och socialtjänsten.
  - Får inte i sig mat.
  - Sover knappt på nätterna.
  - Klarar inte att sköta sin hygien.
  - Klarar inte skötseln av hemmet, betala räkningar etc.
  - Kommer inte ut från bostaden.
  - Super ner sig.

79

### När behöver patienten läggas in?

6. Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, **riskerar vräkning.**
7. **Uttrötta anhöriga.**
8. **Svåra konflikter** med anhöriga.
9. Uppenbart **behov av vård som inte kan ges i hemmet** (ECT, mediciner som patienten vägrar ta etc).
10. Depression
  - Med depressiva vanföreställningar eller andra psykotiska inslag.
  - Postpartum.
  - Blandepisod (mixed state).
  - Hopplöshetskänslor.
  - Suicidrisk.
11. Vissa allvarliga tillstånd - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.

80

### När behöver patienten läggas in?

Man behöver alltså vid telefonkonsultationen klarlägga såväl **symtom** och **lidande** som patientens **funktionsnivå** och **tillgång till stöd och hjälp.**

- "Hur går det för dig hemma nu när du har det så svårt?"
- "Finns det någon som bryr sig om dig när du mår så här?"
- "Har du någon som hjälper dig?"
- "Är det någon som ringer dig ibland?"
- "Någon du kan ringa?"
- "Blir dina räkningar betalda?"
- "Sover du på nätterna?"
- "Får du i dig mat på dagarna?"

81

### "Psyiskt status" - vad ska vi bedöma?

82

- Hur ser patienten ut?
  - Hur är han klädd?
  - Misbrukstecken?
  - Skårår på handlederna?
  - Avmagrad?
- Fullt vaken?
- Fullt orienterad?
- Intellektuella funktioner
  - Minne?
  - Beräkning?
- Ger han fullgod kontakt?
  - Formellt?
  - Emotionellt?
- Sinnesstämning
  - Neutral?
  - Sänkt, irriterad, dysforisk?
  - Färligt, euforisk, irriterad, expansiv, grandios?
- Affekter
  - Labila, avtrubbade, indekventa?
  - Oroig, ångestfylld?
  - Hotfull, aggressiv?
- Motorik och mimik
  - Motorisk oro, rastlös?
  - Hämmad motorik och mimik?
- Tal
  - Färdigt, enstavigt, stackato, avsakta, idéfattigt?
  - Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?
- Hur tänker patienten?
  - Koncentrationsvårigheter?
  - Innehållsfattigt?
  - Lös associationer, tankeflykt, splittråd?
  - Tankestopp?
  - Tankesträngsl?
  - Förbisvar?
- Vad tänker patienten?
  - Depressivt tankeinnehåll?
  - Grandios tankeinnehåll?
  - Övervärda idéer?
  - Vanföreställningar?
  - Tvångstänkar?
- Perceptionsstörningar
  - Illusioner?
  - Hallucinationer?
- Självmoordbenägenhet?
  - Livledda, hopploshet, dödsönskan, självmordstänkar, självmordspänar, självmordsförsök?
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

84

### Ett psykiatriskt status bör alltid innefatta:

- Vakenhet
- Orienteringsgrad
- Kontaktförmåga
- Stämningläge
- Psykostecken
- Livsledda/suicidtankar/suicidhandlingar
- Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

### Frisk eller sjuk?

Beakta

- Duration
- Intensitet
- Hanterbarhet
- Konsekvenser
- Relation till utlösande faktorer
- Grad av förstälighet

Påtagligt lidande eller funktionsnedsättning?

Tack till Marie Dahlin!

Ångest

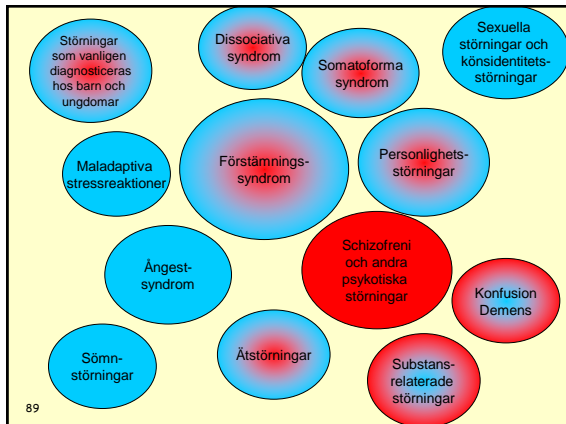
- Paniksyndrom
- Realångest
- Agorafobi
- Social fobi
- Specifik fobi
- Tvångssyndrom
- Generaliserat ångestsyndrom
- Akut stressyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Separationsångest (barn)
- Krisreaktion Anpassningsstörning
- Sekundärt till annan psykisk sjukdom
- Personlighetsstörning
- Missbruk
- Läkemedel
- Somatisk sjukdom

### Om vår verklighetsuppfattning

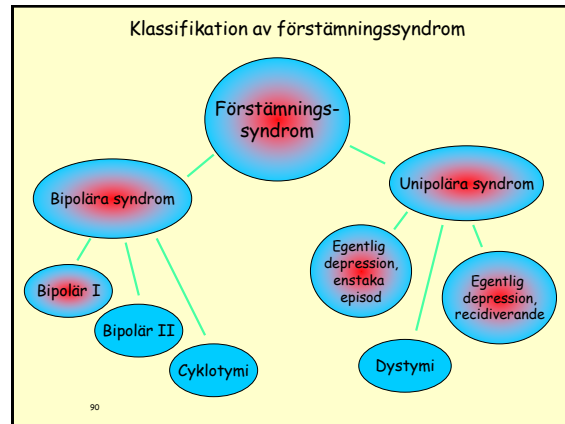
Hela befolkningen

Neuros

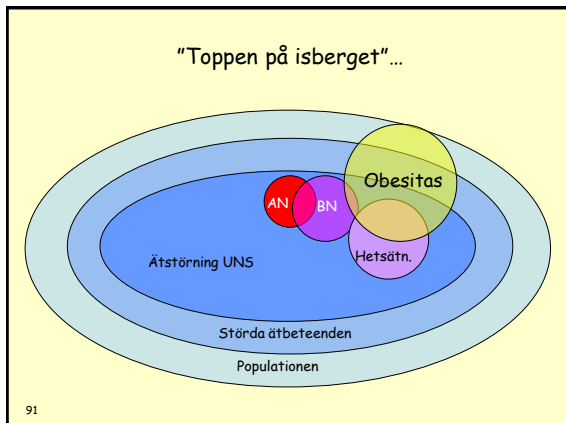
Psykos



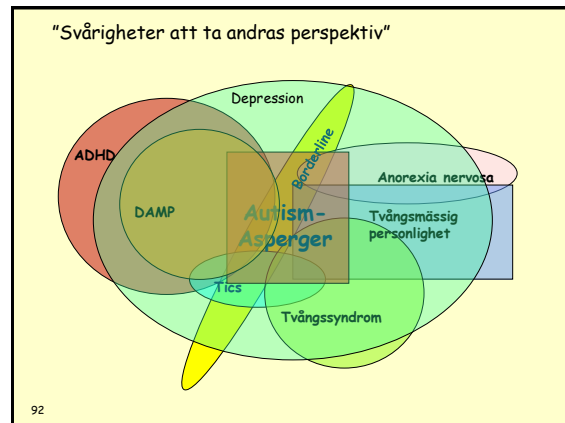
89



90



91

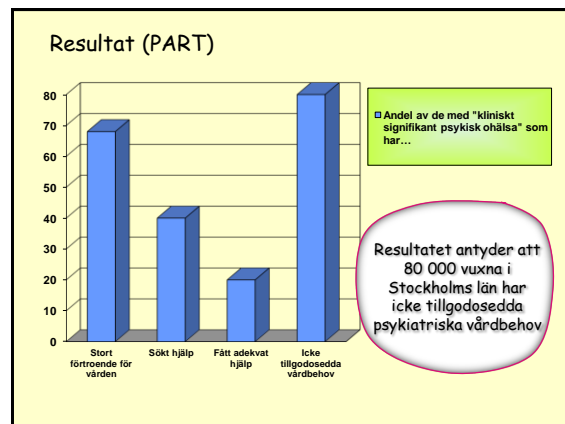


92

### "Nya" sjukdomar?

- Spelberoende
- Utbrändhet
- Trötthetssyndrom
- Utmattningsyndrom
- Fibromyalgi
- Elöverkänslighet
- Amalgamöverkänslighet
- SBS, "sick building syndrome"
- Mobil- och mastskräck

93



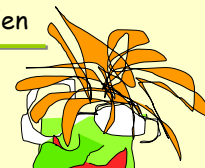
## Konsekvenser av att inte bli återställd

- Trötthet, minnessvårigheter m fl kvarstående symtom
- Nedsatt stresstolerans
- Kroppslig sjukdom (hjärt/kärlsjukdom, diabetes)
- Missbruk
- Suicid
- Nedsatt självtillit
- Försämrade relationer
- Sociala sviter
  - Ekonomi
  - Karriär
  - Ensamhet och isolering
  - Långtidssjukskrivning och sjukersättning

## En helt vanlig dag på Serafen

Lina, 21 år

- Ängest och nedstämdhet
- Labilt humör
- Svart-vitt sätt att uppfatta tillvaron och andra människor
- Svårt klara relationer
- Skär sig för att lindra ångesten
- Flera självmordsförsök, ofta i samband med hot om separation
- "Vet inte vem jag är"
- Avskyr sig själv



"Varför ska man leva om det blir lättare om man bara dör... skär mig hela tiden, ingen ser. Kuratorn och psykiatrin är bara skit. Det hjälper ju inte. Jag mår ju aldrig bra... det känns om om alla polare också skär sig så de har nog med sig och orkar inte med mig."

## Borderline personlighetsstörning

Instabila relationer, impulsivitet (minst 5 av följande)

- Skräckslagen inför separationer
- Idealiserar och nedvärderar
- Störning i identitet och självbild
- Destruktiv impulsivitet (slösaktig, sexuellt, drogmissbruk, hetsätning)
- Självdestruktivitet (suicidförsök, skärningar)
- Affektiv labilitet
- Kronisk tomhetskänsla
- Aggressivitetsproblem
- Kortvariga gränpsykotiska episoder



97

## En helt vanlig dag på Serafen

Lisa, 24 år

- Uppväxten "okay"
- Nedstämd
- Ängestfylld
- Livet meningslöst
- Festar på kvällarna
- Orkar inte söka arbete
- "Hatar mig själv"
- Skär sig ibland för att döva ångesten



98

## En helt vanlig dag på Serafen

Mia, 29 år

- Urusel självkänsla
- Skäms för sin person och sitt utseende
- Aldrig kunnat tala inför andra
- Äter lunch för sig själv
- Vantrivs på arbetet
- Vågar inte träffa män
- Nedstämd
- "Livet slut"

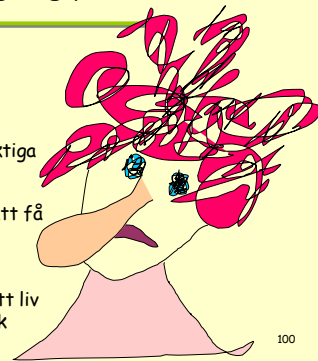


99

## En helt vanlig dag på Serafen

Karin, 19 år

- 39 kg, 174 cm, oregelbundna menstruationer
- Känner sig tjock
- Äter nästan aldrig riktiga mål
- Hetsäter på kvällen
- Prostituerar sig för att få pengar
- Sporadiskt droger
- Skäms, "värdelös"
- Hatar sig själv och sitt liv
- Fem självmordsförsök



100

## En helt vanlig dag på Serafen

Andreas, 24 år

- 83 kg, 175 cm
- Torterad i hemlandet
- Svårt att lita på andra
- Känner sig rädd och hotad
- Tränar karate
- Tar anabola steroider
- Alltid beväpnad
- Kommer till Serafen med kniv i fickan
- Hatar sig och sitt liv



101

## Varför är det svårt att tillförlitligt utesluta att den man intervjuar har en psykisk sjukdom eller personlighetsavvikelse?

1. *Vill* inte berätta
  - Skäms
  - Inte i ens intresse, rädd inte få jobbet
2. *Kan* inte berätta
  - Ingen sjukdomsinsikt
  - Förstår inte sina personlighetssvårigheter, tror att det är fel på andra eller att han har haft otur
3. Många tillstånd har inga säkra symtom som alltid "syns" när man är sjuk
4. Sjuk i skov, frisk vid intervjun
5. Många tillstånd visar sig f f a vid stress och motgångar
6. Intervjuaren kan för lite om psykisk sjukdom
  - Vet inte vad han ska fråga om och titta efter
  - Förstår inte vad han ser

102

## Tråkigt men sant

- Många som lider av psykisk ohälsa kan lura även en erfaren psykiatriker om de vill det
  - i frisk fas finns inget att observera i beteendet
  - i sjuk fas går vissa symtom att dölja, andra inte
- Somliga som lider av psykisk ohälsa blir inte rätt förstådda och diagnosticerade av läkare *trots* att de försöker beskriva sina svårigheter efter bästa förmåga.
- Att ställa en korrekt diagnos kräver vanligen
  - god förmåga att skapa kontakt med patienten
  - goda kunskaper om psykiatri
  - mycket tid
  - åtskilliga möten
  - skattningsinstrument
  - intervjuer med anhöriga

103